



# Selbstauskunft

über die Einhaltung der Richtlinien der  
zertifizierten Kneipp-Einrichtungen

**VOM KNEIPP-BUND E.V.  
ANERKANNTER KUR- / BADEBETRIEB**

Kneipp-Bund e.V.  
Bundesverband für  
Gesundheitsförderung  
und Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6–8  
86825 Bad Wörishofen

Telefon 08247 3002-136 oder -183  
Fax 08247 3002-199  
qualitaetssicherung@kneippbund.de

## 1. Allgemeines

Name der Einrichtung / des Betriebes \_\_\_\_\_

Inhaber/-in / Geschäftsführer/-in \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

davon anders lautende Rechnungsanschrift \_\_\_\_\_

Bundesland \_\_\_\_\_

Telefon / Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Internet \_\_\_\_\_

Gütesiegel seit \_\_\_\_\_

Mitglied im Kneipp-Verein / Ort \_\_\_\_\_

Das Haus ist ganzjährig geöffnet  ja  nein

Saisonbetrieb von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bettenanzahl \_\_\_\_\_

### **Geprüftes Badepersonal**

Name \_\_\_\_\_

Kneipp-Bademeisterausbildung am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Kneipp-Bademeisterausbildung am \_\_\_\_\_

### **Staatlich anerkannte Masseur/-innen, Physiotherapeuten/-innen o.ä.**

Name \_\_\_\_\_

Ausbildung am \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Ausbildung am \_\_\_\_\_

### **Weiteres Personal im Badebereich**

Name \_\_\_\_\_

beschäftigt als \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

beschäftigt als \_\_\_\_\_

## **2. Nachweis der Fortbildungen zur Zertifikatsverlängerung**

Name \_\_\_\_\_

Weiterbildung \_\_\_\_\_

Bitte Teilnahmebescheinigungen der Weiterbildungen (in Kopie) beilegen.

Teilnahmebescheinigungen werden bis zum \_\_\_\_\_ nachgereicht.

Für den Erhalt des Gütesiegels erbringen ausgebildete Kneipp-Fachkräfte einen Nachweis fachbezogener Fortbildungen an der Sebastian-Kneipp-Akademie oder bei anderen autorisierten und anerkannten Anbietern von insgesamt 16 LE (Lerneinheit à 45 Min.) jährlich.

### 3. Umsetzung und Ausstattung

#### Kneipp-Grundausrüstung:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Gießraum mit ca. 20 qm   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Thermostatbatterien   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Schläuche mit mindestens 2 m Länge, 3/4 Zoll oder 20 mm Durchmesser | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blitzgusseinrichtung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Vollbadewannen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Sitzbadewannen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Fußbadewannen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| mindestens 2 Armbadewannen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gießgestelle   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Badethermometer  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kurzzeitmesser   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung zur Verabreichung von Dämpfen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Vorrichtung zur Verabreichung von Heusäcken                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heusäcke verschiedener Größen oder Einmal-Heusäcke                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wickel verschiedener Größen mit Zwischentüchern, Wolltüchern und Woldecken       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Umkleide- und Ruhekabinen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Massagekabinen (Anzahl angeben) _____  |                             |                               |
| Frühanwendungen (Waschungen, Wickel)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Samstagsanwendungen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ruheräume  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige therapeutische Einrichtungen: _____                                     |                             |                               |
| _____  |                             |                               |
| _____  |                             |                               |

### 4. Zusammenarbeit, Kooperationen

Wir arbeiten mit folgenden Ärzten zusammen:

---

---

---

---



